



Condiciones Generales y Particulares

Seguro Temporal a 1 Año
Vida Individual

Insignia Life, S.A de C.V

Mario Pani 400, Piso 15, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México
Tel. 55 3088 - 3363 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Contenido

1. Condiciones Generales	5
1.1 Solicitud de seguro	5
1.2. Entrega de póliza	5
1.3. Inicio y término de vigencia	6
1.4. Moneda	6
1.5. Prima	6
1.6. Edad	7
1.7. Descuento en primas por no fumador	8
1.8. Valores garantizados	8
1.9. Rehabilitación	8
1.10. Conversión	9
1.11. Consideración fiscal	9
1.12. Procedimiento en caso de siniestro	9
1.13. Aviso de siniestro	9
1.14. Lugar y pago de la indemnización	10
1.15. Liquidación	10
1.16. Interés moratorio	10
1.17. Extinción de las obligaciones de la compañía	11
1.18. Omisiones o declaraciones inexactas	11
1.19. Otros seguros	11
1.20. Prescripción	11
1.21. Comunicaciones	12
1.22. Comisiones	12
1.23. Competencia	12
1.24. Arbitraje	12
1.25. Modificaciones	13
1.26. Indisputabilidad	13
1.27. Suicidio	14

1.28. Carencia de restricciones	14
Excepción a carencia de restricciones	14
1.30. Beneficiarios	15
1.31. Unidad de Inversión (UDI)	16
1.32. Tipo de cambio	16
1.33. Cesión	17
1.34. Medios de identificación	17
1.36. Confidencialidad de la información	17
1.37. Preceptos Legales	18
2. Condiciones Particulares	18
2.1. Características del producto	18
2.2. Renovación automática	18
3. Detalle de la cobertura básica	19
3.1. Beneficio por fallecimiento plan temporal	19
3.2. Edad	19
3.3. Cláusula anticipo inmediato al fallecimiento del asegurado (CAIF)	21
4. Coberturas adicionales de accidentes	22
4.1. Beneficio de indemnización por Muerte Accidental (MA)	23
4.2. Beneficio de Indemnización por Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas (MAPO)	23
4.2.1. Doble Indemnización por Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas Colectiva (MAPOC)	25
4.3. Exclusiones aplicables a las coberturas de accidentes	25

4.4.Procedimiento en caso de siniestro	27
4.4.1.Trámite de siniestros	27
5. Cobertura adicional de exención de pago de primas por invalidez total (BEEP)	29
5.1. Exclusiones	31
5.2. Procedimiento en caso de siniestro	33
5.2.1 Trámite de siniestros	33
6. Cobertura adicional de pago de suma asegurada por invalidez total (SAIT)	34
6.1. Exclusiones	36
6.2. Procedimiento en caso de siniestro	37
6.2.1. Trámite de siniestros	37
Glosario	38

1. Condiciones Generales

Insignia Life, S.A. de C.V. en adelante la Compañía, emite la presente Póliza basándose en las declaraciones efectuadas por el Asegurado y/o el Contratante de la Póliza en la solicitud del seguro y los cuestionarios correspondientes. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de seguros, son los siguientes:

1.1 Solicitud de seguro

En el momento en que el Asegurado entregue la solicitud, se le proporcionará el folio consignado en dicho formato, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración.

1.2. Entrega de póliza

Una vez aceptada la solicitud de seguro la Compañía se obliga a entregar al Asegurado o Contratante, los documentos en los que consten los derechos y obligaciones que derivan del Contrato de seguro a través de cualquiera de los siguientes medios:

- a. De manera personal al contratar el seguro.
- b. Envío electrónico al correo indicado en la solicitud de seguro.
- c. Envío a su domicilio, por los medios que la Compañía utilice para tales efectos.

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en caso del inciso a) y en los casos de los incisos b) y c) dejará constancia de que usó los medios señalados para la entrega de los documentos.

La Compañía hará entrega al Asegurado o Contratante, de la documentación a que hace mención el párrafo anterior, en un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la contratación del seguro, a través del medio elegido por el Asegurado o Contratante. No obstante lo anterior, las condiciones generales pueden ser consultadas en la página web www.insignialife.com

Para cancelar la Póliza o solicitar que la misma no se renueve, en el caso de que esté pactada la renovación, el Asegurado y/o Contratante, deberá ponerse en contacto con su agente o comunicarse para tal efecto a través del correo electrónico atencionclientes@insignialife.com mediante el cual la Compañía se pondrá en contacto para realizar el trámite o bien llamando a los teléfonos (55) 3088 3663 o 800 005 5555.

La Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la solicitud está en trámite de acuerdo a sus procesos de control.

1.3. Inicio y término de vigencia

La vigencia de esta Póliza inicia y termina en las fechas y hora indicadas en la carátula de la misma.

1.4. Moneda

Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar por esta Póliza, serán liquidadas en moneda nacional y en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago. Sin embargo, las partes podrán acordar que el pago de las primas, así como las indemnizaciones a que haya lugar por esta Póliza se liquiden conforme a la moneda establecida en la carátula de la Póliza.

1.5. Prima

La prima vence y podrá ser pagada en el momento de la celebración del Contrato.

Si las partes optan por el pago en forma fraccionada, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, venciendo éstas a las doce horas del primer día de la vigencia del periodo que comprendan y se aplicará la tasa de financiamiento que corresponda a la fecha de expedición de la Póliza y posterior a la expedición, la tasa de financiamiento vigente en cada aniversario de la Póliza.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de vencimiento (artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro), por lo que en caso de incumplimiento del pago en cualquiera de sus modalidades, el Contrato se resolverá de pleno derecho y sin necesidad de declaración judicial.

Cuando la modalidad de pago elegida por el Contratante sea mediante el cargo a cuenta bancaria o tarjeta de crédito, la efectividad de dicho pago no será responsabilidad de la Compañía, si al momento de realizar el cargo, la Institución Bancaria no autoriza o no acepta dicho cargo, en este caso, el Contratante podrá cubrir directamente en las oficinas de la Compañía el importe de las primas correspondientes. El estado de cuenta en el que aparezca el cargo realizado de las primas hará prueba plena de pago hasta en tanto la Compañía no emita el recibo correspondiente.

En caso de indemnización por causa de siniestro, la Compañía podrá deducir de ésta, el total de la prima pendiente de pago, hasta completar la prima correspondiente del periodo de seguro contratado.

Las primas convenidas deberán ser cubiertas durante el plazo de pago señalado en la carátula de la póliza, y pagadas en el lugar establecido en el Contrato y a falta de convenio expreso, en las oficinas de la Compañía, contra la entrega del recibo correspondiente.

El importe de la prima consta en la carátula de la Póliza.

1.6. Edad

La edad del Asegurado asentada en esta Póliza debe comprobarse, presentando las pruebas necesarias a la Compañía, una vez efectuada la comprobación, la Compañía hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas de edad. Este requisito debe cubrirse antes de que la Compañía efectúe el pago de la suma asegurada.

Cuando por dicha comprobación resulte que hubo inexactitud en la edad declarada por el Asegurado y ésta se encuentre dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se procederá de acuerdo con lo siguiente:

- a. Cuando a consecuencia de la inexactitud en la edad declarada, se pagará una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.
- b. Si la Compañía hubiera entregado ya el importe de la suma asegurada al descubrirse la inexactitud en la edad declarada del Asegurado, tendrá derecho a recobrar lo que hubiere pagado de más, incluyendo los intereses respectivos.
- c. Si a consecuencia de la inexactitud en la edad declarada, se estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- d. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada, que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para todos los cálculos anteriores, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato.

Si al comprobar la edad, ésta resulta fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, se rescindirá el Contrato devolviéndose la reserva matemática que corresponda al Contrato en esta fecha.

1.7. Descuento en primas por no fumador

El Asegurado que de acuerdo con sus declaraciones en la solicitud de seguro respectiva, ha sido aceptado por la Compañía como no fumador, se considerará que su edad para efectos de determinación de primas, es dos años inferior a su edad real.

Por tal motivo el Asegurado gozará de los beneficios que ampara la Póliza a que esta cláusula se refiere, pagando la prima especial para no fumador de acuerdo a lo registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, por el tiempo que establece la Póliza y mientras persistan las condiciones declaradas por el Asegurado en la solicitud de seguro respectiva. En caso de presentarse cambios de dichas condiciones dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de expedición de la Póliza, o de su rehabilitación, el Asegurado deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, a más tardar en el siguiente aniversario de la Póliza. La Compañía dispondrá de 30 (treinta) días a partir de la fecha en que se reciba la comunicación para resolver si mantendrá en vigor el beneficio o no; de no recibirse comunicación a ese respecto por parte del Asegurado, se asumirá que las condiciones establecidas en la solicitud persisten.

Si al ocurrir el fallecimiento se confirma que el Asegurado era fumador, la Compañía podrá ajustar la suma asegurada en función de la prima pagada considerando la edad real del Asegurado a la fecha de contratación.

La edad mínima descontada no podrá ser menor a 15 años.

Este descuento no aplica para los casos en que el plazo de seguro sea a edad alcanzada.

1.8. Valores garantizados

Este seguro no otorga valores garantizados.

1.9. Rehabilitación

Cuando los efectos de este Contrato hubieren cesado por falta de pago, podrán ser rehabilitados mediante la solicitud por escrito del Contratante, durante los 6 (seis) meses siguientes a la fecha de vencimiento de la primera prima no cubierta y dentro de la vigencia

del Contrato, justificando su asegurabilidad mediante nuevas pruebas que a juicio de la Compañía demuestren que reúne las condiciones necesarias de salud y asegurabilidad en general a la fecha de la solicitud de rehabilitación y cubriendo previamente, en su caso, todo adeudo contraído en virtud de este Contrato. El Contrato estará nuevamente vigente respetando la vigencia originalmente pactada, una vez que la Compañía comunique por escrito haber aceptado la rehabilitación.

1.10. Conversión

Este Contrato no otorga derecho a conversión del plan.

1.11. Consideración fiscal

De acuerdo con las disposiciones fiscales vigentes, los pagos que realicen las Instituciones de Seguros a sus Asegurados, Contratantes o Beneficiarios, podrán causar impuesto de acuerdo a dichas disposiciones.

Cuando proceda, el cálculo específico de los impuestos y las tasas impositivas aplicables serán las vigentes de acuerdo con la legislación en vigor en la fecha de pago.

1.12. Procedimiento en caso de siniestro

En caso de un siniestro, el Asegurado o Beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la Compañía tendrá derecho de exigir al Asegurado o Beneficiario, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

El Beneficiario y/o el propio Asegurado (en su caso) tendrán que presentar a la Compañía los documentos que correspondan de acuerdo a lo indicado en la sección de “Trámite de siniestro” de las condiciones particulares de la cobertura siniestrada.

1.13. Aviso de siniestro

Tan pronto como el Asegurado y/o Beneficiario tenga conocimiento de la realización del siniestro, que pueda ser motivo de indemnización, deberá ser notificado a la Compañía, dentro de los 5 (cinco) días siguientes al día en que se tenga conocimiento del siniestro y del derecho constituido a su favor, de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

1.14. Lugar y pago de la indemnización

La Compañía pagará en sus oficinas cualquier indemnización que corresponda en el transcurso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que haya recibido la totalidad de los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos de esta Póliza.

1.15. Liquidación

Al efectuarse la liquidación de este Contrato, la Compañía tendrá el derecho de reducir del monto de la suma asegurada, el importe que por concepto de cualquier prima y deducción se le adeude.

Opciones de liquidación

La Compañía liquidará cualquier monto pagadero bajo los términos establecidos al momento de la contratación y especificados en la carátula de la póliza, según lo estipulado en algunas de las siguientes opciones de liquidación:

Pago único: La Compañía pagará el monto contratado en una sola exhibición.

Fideicomisos: El Asegurado podrá contratar un fideicomiso para que la suma asegurada sea pagada de acuerdo a como lo especifican los contratos de fideicomisos de la Compañía.

Otra: Cualquier monto pagadero bajo esta Póliza puede ser cubierto también mediante cualquier otro método de liquidación pactado entre las partes.

Cualquier opción de liquidación que elija el Asegurado al momento de la contratación de la Póliza para recibir los beneficios, podrá cambiarla siempre y cuando lo notifique por escrito a la Compañía por lo menos dos años antes de que se liquide cualquier monto pagadero.

1.16. Interés moratorio

En caso de que la Compañía no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, no obstante haber recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada, quedará obligada a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, un interés por mora de conformidad con lo establecido por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

1.17. Extinción de las obligaciones de la compañía

Las obligaciones de la Compañía se extinguirán, por efecto del incumplimiento de las obligaciones del Asegurado y/o Contratante, por las causas señaladas en la cláusula de prima.

1.18. Omisiones o declaraciones inexactas

El Contratante y/o Asegurado o representante de estos, está obligado a declarar por escrito a la Compañía en la solicitud del seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de celebración del Contrato de seguro.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de seguro, aunque éstos no hayan influido en la realización del siniestro en términos de lo previsto por el artículo 47 con relación a los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre Contrato de Seguro.

1.19. Otros seguros

Cuando el Asegurado tenga contratados con alguna otra Compañía, seguros contra el mismo riesgo y por el mismo interés, diferentes a los que obtenga gratuitamente por tarjetas de crédito o servicios tendrá la obligación de hacer del conocimiento de la Compañía los nombres de las otras compañías de seguros, así como las sumas aseguradas, en el momento de la celebración de este Contrato.

1.20. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán:

- a. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento;
- b. En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquéllas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

1.21. Comunicaciones

Toda declaración o comunicación de cualquiera de las partes relacionada con este Contrato, deberá enviarse por escrito a los domicilios señalados en la carátula de la póliza.

Si la Compañía cambia de domicilio lo comunicará al Contratante, Asegurado, o a sus causahabientes.

Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante, Asegurado, o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca la Compañía.

1.22. Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

1.23. Competencia

En caso de controversia, el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario podrán hacer valer sus derechos a su elección ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Insignia Life, S.A. de C.V., o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros o conforme a la cláusula de “Arbitraje” de las condiciones generales de la Póliza.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

1.24. Arbitraje

En caso de ser notificada por parte de la Compañía de la improcedencia de su reclamación, el reclamante podrá optar por acudir a un arbitraje privado, ante una persona física o moral que sea designada por las partes de común acuerdo.

La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia y se somete a comparecer ante un árbitro y sujetarse al procedimiento del mismo, el cual será vinculativo para las partes, por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir su controversia.

El procedimiento de arbitraje se establecerá por la persona asignada por las partes de común acuerdo, quienes firmarán un convenio arbitral. El laudo que emita el árbitro vinculará a las partes y tendrá el carácter de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

1.25. Modificaciones

En términos del artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cualquier modificación al presente Contrato, será por escrito y previo acuerdo entre las partes. En consecuencia, el agente o cualquier otra persona que no esté expresamente autorizada por la Compañía, no podrá solicitar modificaciones.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza, transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones. Lo anterior de conformidad con el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Las modificaciones o cambios que se realicen al presente Contrato y que se constaten por escrito, surtirán efectos legales en términos de lo establecido por los artículos 25 y 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

1.26. Indisputabilidad

Este Contrato será indisputable desde el momento en que cumpla dos años, contados a partir de su fecha de inicio de vigencia o la de su última rehabilitación, siempre y cuando dicho término transcurra durante la vida del Asegurado y al efecto la Compañía renuncia a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para rescindirlos en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo, que sirvió de base para su celebración.

Si el Asegurado, en un momento posterior a la fecha de vigencia o rehabilitación, presenta cualquier tipo de pruebas de asegurabilidad que requiera la Compañía para la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional, tales inclusiones o incrementos serán disputables durante los dos primeros años. Después de transcurrido ese periodo, serán indisputables en la misma forma que todo el resto de la Póliza.

1.27. Suicidio

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia o de la última rehabilitación de este Contrato, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, el pago único y total que hará la Compañía, será el importe de la reserva matemática que en su caso corresponda a este Contrato, en la fecha en que ocurra el fallecimiento, menos cualquier adeudo contraído en virtud de este Contrato.

1.28. Carencia de restricciones

Este Contrato no se afectará si el Asegurado cambia de lugar de residencia, ocupación, viajes y/o género de vida, posteriormente a la contratación de la Póliza.

Lo anterior no aplica en caso de actividades relacionadas con cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier disposición relativa a la delincuencia organizada en territorio nacional.

Excepción a carencia de restricciones

En caso de que, en el presente o en el futuro, el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley. Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista emitida en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o disposición Quincuagésima Sexta de la RESOLUCION por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del Contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

1.29. Suma asegurada

Es el monto de protección contratado y que pagará la Compañía de acuerdo a las estipulaciones consignadas en el Contrato, para cada una de las coberturas contratadas.

Para efectos de este Contrato la suma asegurada se establece en la carátula de la Póliza.

1.30. Beneficiarios

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, siempre que, no se haya hecho una designación irrevocable y no exista restricción legal. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre, parentesco y participación de cada uno de los nuevos Beneficiarios. La Compañía informará al Asegurado de este cambio a través de un endoso a la Póliza. La Compañía pagará al último Beneficiario del que tenga conocimiento por escrito y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del Beneficiario, haciendo una designación irrevocable siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a la Compañía y que conste en la presente Póliza, como lo prevé el artículo 176 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya Beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente o cuando el Beneficiario designado muera antes que el Asegurado.

La suma asegurada derivada de este Contrato será pagada al Beneficiario o Beneficiarios que resulten serlo, según lo estipulado en esta cláusula.

El Asegurado debe designar Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiario atribuye a la persona

en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

ADVERTENCIA:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

1.31. Unidad de Inversión (UDI)

Las Unidades de Inversión (UDI) son unidades de valor que establece el Banco de México para solventar las obligaciones de los créditos hipotecarios o de cualquier acto mercantil o financiero. Su valor se incrementa diariamente para mantener el poder adquisitivo del dinero y es publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF). El procedimiento para el cálculo de las UDI fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 4 de abril de 1995.

El Banco de México publicará en el Diario Oficial de la Federación el valor en moneda nacional de la Unidad de Inversión (UDI), para cada día, conforme a lo siguiente: a) a más tardar el día 10 de cada mes publicará el valor correspondiente a los días 11 a 25 de dicho mes, y b) a más tardar el día 25 de cada mes publicará el valor correspondiente a los días 26 de ese mes a 10 del mes inmediato siguiente.

1.32. Tipo de cambio

Todos los pagos relativos a este Contrato, se verificarán en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente al momento de la transacción.

Para los planes denominados en dólares americanos (Dls.), las cantidades se convertirán a moneda nacional de acuerdo con el tipo de cambio para solventar obligaciones

denominadas en moneda extranjera pagaderas en moneda nacional que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, del día en que se efectúen los pagos. Si la publicación de este tipo de cambio es discontinuada, aplazada o si por alguna razón no está disponible para esta causa, se tomará como base el tipo de cambio equivalente que dé a conocer el Banco de México.

Para los planes denominados en Unidades de Inversión (UDI), las cantidades se convertirán a moneda nacional de acuerdo con el valor de la unidad al inicio del mes en el que se realice el pago.

1.33. Cesión

Los derechos de este Contrato, solo pueden cederse a terceras personas mediante declaración suscrita por las partes y notificada a la Compañía.

1.34. Medios de identificación

El uso de los medios de identificación que en su caso se establezcan de manera específica en el presente Contrato para la celebración de las operaciones y la prestación de servicios, mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privadas o públicas, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia tendrán el mismo valor probatorio.

A través de dichos medios de identificación, podrá gestionar modificaciones o la extinción de derechos y obligaciones, conforme a la regulación en materia de seguros.

1.35. Información para operaciones

Para cualquier operación e información respecto del presente Contrato, puede acudir a Insignia Life, S.A. de C.V., en la dirección Mario Pani 400, Piso 15, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, en el área de Atención a Clientes, de lunes a viernes en un horario de 9:00 a 15:00 horas, o bien en las oficinas regionales de la Compañía, cuyo domicilio puede consultar en www.insignialife.com

1.36. Confidencialidad de la información

La Compañía únicamente proporcionará información de la Póliza a las personas autorizadas por el Contratante en forma expresa para establecer comunicación directa con la Compañía para asuntos relacionados con esta Póliza y en caso de que algún Asegurado o Beneficiario pretenda hacerlo, podrá acudir directamente a la Compañía, o podrá llevar a cabo dicho trámite por conducto del contratante.

La Compañía brinda a todos sus usuarios, igual trato en la atención o contratación de productos, sin importar género, raza, políticas, etnia, discapacidad física, preferencias sexuales, creencias religiosas, edad, condición social o de salud, opiniones, estado civil, salvo por causas que afecten la seguridad del personal de la Compañía, sus clientes o instalaciones o bien por causas previstas en la normativa aplicable, respecto la suscripción del producto.

1.37. Preceptos Legales

Los preceptos legales que se citan en el presente Contrato de seguro, puede consultarlos en la página web www.insignialife.com

2. Condiciones Particulares

2.1. Características del producto

Las presentes condiciones generales y condiciones particulares de este Contrato aplican al plan de seguro temporal a 1 año.

El plan de seguro se puede contratar en Moneda Nacional, Dólares Americanos (Dls.) o en Unidades de Inversión (UDI).

2.2. Renovación automática

Esta Póliza se renovara automáticamente por periodos sucesivos de un año, sin necesidad de requisitos de asegurabilidad, una vez que se alcance el fin de vigencia del contrato estipulado en la carátula de la Póliza y siempre y cuando esta se encuentre en vigor al momento de la renovación. Lo anterior, salvo notificación en contrario del Contratante, comunicada a la Compañía con una anticipación de al menos 30 (treinta) días naturales anteriores a la fecha de término de la misma.

La renovación automática se dará sujeta a las siguientes condiciones:

1. La suma asegurada será la misma a la contratada originalmente.
2. La edad del Asegurado deberá encontrarse dentro de los límites de edad fijados para cada cobertura.
3. La edad del Asegurado deberá encontrarse dentro de los límites de edad fijados para cada cobertura.

****dfja UgYUf gHfz`XYUW YfXc`U`Ug`Wt`VYfi fUg`fYa UbYbHfg"

4. En caso de que en alguna cobertura se prevean periodos de espera y esta se renovada, estos no podrán modificarse en perjuicio del asegurado.

El pago de la prima, acreditado mediante recibo extendido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

3. Detalle de la cobertura básica

3.1. Beneficio por fallecimiento plan temporal

Si el Asegurado fallece durante el plazo de la cobertura, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada que se encuentra señalada en la carátula de la Póliza para este beneficio. Si el Asegurado sobrevive al término de dicho periodo, esta cobertura terminará sin obligación alguna para la Compañía.

3.2. Edad

Los límites de admisión fijados por la Compañía para este Contrato son:

- Edad mínima de aceptación: 15 años
- Edad máxima de aceptación y renovación : 70 años

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por fallecimiento del Asegurado titular, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

Asegurado:

1. Formato "Declaración de Beneficiarios", llenado en su totalidad y firmado por los Beneficiarios designados, original.
2. Formato "Informe Médico para el Pago de Suma Asegurada en caso de Fallecimiento", llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante del Asegurado titular, o bien, por el médico que haya certificado el fallecimiento, original.

3. Acta de defunción del Asegurado titular, original.
4. Certificado de defunción del Asegurado titular.
5. Acta de nacimiento del Asegurado titular.
6. Comprobante de domicilio del Asegurado titular no mayor a 3 (tres) meses.
7. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado titular (en su caso).
8. Carátula de la póliza o en su caso el endoso donde aparezcan los beneficiarios designados (si existiera o si la tuviera).

Si el fallecimiento fue a causa de un accidente, favor de presentar:

Copia certificada legible de las actuaciones del Ministerio Público que tomó parte de los hechos del fallecimiento, en sus partes de:

1. Fe de hechos (qué, dónde, cuándo, cómo, por qué ocurrió el siniestro).
2. Identificación del cadáver (reconocimiento del cuerpo como el del Asegurado titular por parte de dos o más personas conocidas del mismo).
3. Autopsia (determinación de causa de muerte) o Dispensa de Ley (excepción legal por la cual no se procede con la autopsia).
4. Prueba de alcoholemia (detección de alcohol en sangre).
5. Pruebas toxicológicas (detección de drogas de abuso en sangre).
6. Balística y pruebas de deflagración (detección de pólvora en manos en caso de haber armas de fuego involucradas en el siniestro).

Beneficiarios:

1. Acta de nacimiento de cada uno de los Beneficiarios.
2. Identificación oficial vigente de cada uno de los Beneficiarios con firma y fotografía.
3. Acta de matrimonio (si el Beneficiario es el cónyuge) o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial (si el beneficiario es el concubino).
4. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.
5. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, y su tutor sea diferente a sus ascendientes, deberá presentar copia certificada (legible) de la resolución de nombramiento de tutor, así como identificación oficial vigente del tutor o representante legal.
6. En caso de ser extranjeros: Presentar original de su pasaporte y/o del documento que acredite su legal estancia en el país, cuando cuenten con ellos,

en caso contrario, cualquier documento legible equivalente a los señalados anteriormente, así como datos del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.

7. Original o copia certificada (legible) del acta de defunción de los Beneficiarios que en su caso, hayan fallecido.

3.3. Cláusula anticipo inmediato al fallecimiento del asegurado (CAIF)

La Compañía se obliga al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, siempre que el Contrato se encuentre en vigor y hubieren transcurrido más de dos años desde su expedición o de su última rehabilitación, a pagar una parte de la suma asegurada por fallecimiento al Beneficiario designado al efecto de la Póliza, con la sola presentación de su identificación oficial vigente, carátula de la póliza o endoso en donde conste su designación como Beneficiario y del certificado médico de defunción del Asegurado.

Beneficiarios

En caso de que hubiere varios Beneficiarios, el pago que corresponda se hará a aquél que presente a la Compañía los documentos listados en el párrafo anterior, siempre que su parte de la indemnización de la cobertura básica sea igual o mayor al pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Compañía.

La cantidad que por este conducto pague la Compañía, será descontada de la liquidación final a que los Beneficiarios tengan derecho, según las condiciones estipuladas en la Póliza de la cual forma parte esta cláusula.

Límite máximo

La cantidad que por este concepto pague la Compañía será igual al 30% de la suma asegurada por Fallecimiento considerando como tope máximo un anticipo de 1,500 veces el valor mensual de la Unidad de Medida y Actualización (UMA) vigente a la fecha del siniestro.

Trámite de siniestro

Al tramitar el pago del anticipo inmediato por fallecimiento del Asegurado, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

1. Carta original de uno de los beneficiarios solicitando el anticipo (con nombre, fecha, número de Póliza y firma).
2. Certificado médico de defunción del Asegurado.
3. Carátula de la póliza o en su caso el endoso donde aparezcan los Beneficiarios designados.
4. Identificación oficial vigente del Beneficiario con firma y fotografía.

4. Coberturas adicionales de accidentes

Las siguientes bases regirán mientras esta cobertura se encuentre amparada en la carátula de la póliza y siempre y cuando ambas coberturas (básica y adicional), se encuentren en vigor.

Definición de Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona del Asegurado, dentro de los siguientes 90 (noventa) días de ocurrido el evento. No se consideran accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Vigencia

Este beneficio se cancelará a partir de la fecha de vencimiento de la Póliza o a partir de la fecha de aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 70 años de edad o al término del plazo de pago de primas, lo que ocurra primero, eliminándose el pago de la prima correspondiente por esta cobertura.

Prima

Este beneficio se concede mediante la obligación del pago de la prima adicional respectiva, la que deberá ser cubierta junto con la de la cobertura básica.

Edad

Los límites de admisión fijados por la Compañía para esta cobertura adicional son:

- Edad mínima de aceptación: 15 años
- Edad máxima de aceptación y renovación: 70 años

4.1. Beneficio de indemnización por Muerte Accidental (MA)

Este beneficio se encuentra amparado siempre y cuando haya sido contratado y se indique en la carátula de la póliza.

Cobertura

La Compañía pagará la suma asegurada por muerte accidental (MA) que se señala en la carátula de la póliza si el Asegurado llegara a fallecer a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura y dentro de los 90 (noventa) días posteriores a él.

Si el Asegurado determina reducir la suma asegurada por fallecimiento que ampara la Póliza de la que forma parte este beneficio, automáticamente, en su caso, se reducirá en la misma proporción el importe de la indemnización y de la prima que corresponda a este beneficio.

La indemnización establecida en este beneficio se concederá únicamente si se presentan a la Compañía pruebas de que la lesión o lesiones que causaron la muerte del Asegurado, se debieron a un accidente ocurrido durante el periodo de vigencia de este beneficio y dentro de los 90 (noventa) días posteriores al mismo. Corresponderá a los beneficiarios, demostrar el carácter de accidental de la muerte del Asegurado.

4.2. Beneficio de Indemnización por Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas (MAPO)

Este beneficio se encuentra amparado siempre y cuando haya sido contratado y se indique en la carátula de la póliza.

Cobertura

La Compañía pagará por una sola vez, mediante la cancelación de este beneficio, una de las indemnizaciones que se detallan a continuación. Si al momento de la emisión el Asegurado ya presentara alguna pérdida orgánica que a continuación se detallan, quedará excluida dicha pérdida de este beneficio.

La indemnización establecida en este beneficio se concederá únicamente si se presentan a la Compañía pruebas de que la lesión o lesiones que causaron la muerte del Asegurado o la o las pérdidas orgánicas amparadas, se debieron a un accidente ocurrido durante el periodo de vigencia de este beneficio y dentro de los 90 (noventa) días posteriores al mismo.

Corresponderá al propio Asegurado o a los Beneficiarios, demostrar el carácter de accidental de las pérdidas orgánicas o de la muerte del Asegurado.

La indemnización por este beneficio será igual a la suma asegurada vigente en la fecha en que ocurra el fallecimiento o la pérdida orgánica. Si el Asegurado determina reducir la suma asegurada por fallecimiento que ampara la Póliza de la que forma parte este beneficio, automáticamente, en su caso, se reducirá en la misma proporción el importe de la indemnización y de la prima que corresponda a este beneficio.

La indemnización por este beneficio en ningún caso será mayor a la suma asegurada por fallecimiento que ampara la Póliza de la que forma parte.

Si como consecuencia de un mismo accidente, resultare una o más pérdidas orgánicas, de las descritas en la tabla de indemnizaciones, se pagará la suma de las que procedan, sin exceder el 100% de la suma asegurada para este beneficio.

El pago relativo al inciso “A” de la siguiente tabla se hará al Beneficiario o a los Beneficiarios designados en la Póliza, y el pago que corresponda a cualquiera de las otras indemnizaciones se hará al propio Asegurado.

Por la pérdida de:	% de Indemnización Básica
A La vida	100 %
B Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100 %
C Una mano y un pie	100 %
D Una mano o un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100 %
E Una mano o un pie	50 %
F La vista de un ojo	30 %

Se considera como:

1. Pérdida de una mano, a la anquilosis total, es decir, interfalángica, metacarpofalángica, carpometacarpiana y articulación de muñeca; y/o su separación a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
2. Pérdida de un pie, será la anquilosis total, es decir, interfalángica, metatarsfalángica, tarsometatarsiana y tibiotarsiana; y/o su separación de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.
3. Pérdida de la vista, como la privación completa y definitiva de la visión.

4.2.1. Doble Indemnización por Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas Colectiva (MAPOC)

La indemnización pagadera según las estipulaciones de la tabla anterior, se duplicará cuando la muerte o las pérdidas orgánicas que sufra el Asegurado sean a consecuencia de:

- Accidente que sufra en un vehículo que no sea aéreo en el cual viajare el Asegurado como pasajero, siempre que dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transporte público con boleto pagado, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares; o
- Accidente que sufra en un ascensor que opere para servicio público en el cual viajare el Asegurado (con exclusión de los ascensores de las minas, pozos petroleros, construcciones o similares); o
- Accidente a causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encontrase el Asegurado previo al manifestarse dicho incendio.

4.3. Exclusiones aplicables a las coberturas de accidentes

Este beneficio no cubre la indemnización que se deba a las siguientes contingencias:

- ✓ **Lesiones provocadas voluntaria o intencionalmente por el propio Asegurado, cualquiera que sea su causa.**
- ✓ **Si la muerte del Asegurado o la pérdida que sufra se debe a enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que sean motivadas por las lesiones a que este beneficio se refiere.**
- ✓ **Infecciones, exceptuando las que acontezcan como consecuencia directa de una lesión accidental cubierta.**
- ✓ **Envenenamiento de cualquier naturaleza, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.**
- ✓ **Inhalación de gas de cualquier clase, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.**

- ✓ Suicidio o intento de él, cualesquiera que sean las causas que lo provoquen.
 - ✓ La muerte o las pérdidas orgánicas sufridas en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones o manifestaciones violentas en **Ug** que participe el Asegurado en forma directa.
 - ✓ La muerte o las pérdidas orgánicas sufridas por participar en actos delictivos de carácter intencional cometidos por el propio Asegurado.
 - ✓ La muerte o las pérdidas orgánicas causadas a consecuencia de participar en riñas, siempre que el Asegurado sea el provocador.
 - ✓ Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en una nave de compañía comercial para el transporte público, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular y entre aeropuertos o puertos establecidos.
 - ✓ Accidentes que ocurran por participación directa del Asegurado durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - ✓ Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.
 - ✓ Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby, rapel u otras actividades deportivas igualmente peligrosas.
 - ✓ Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental, pérdida del conocimiento o estupefacientes y sustancias psicotrópicas, excepto las prescritas por un médico.
- Para determinar si el Asegurado se encontraba en alguno de los estados señalados en el párrafo anterior, la Compañía deberá tomar en cuenta los resultados del dictamen pericial emitidos por las autoridades competentes y la legislación aplicable que se encuentre vigente en el momento del siniestro.
- ✓ Lesiones que sufra el Asegurado por culpa grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.
 - ✓ Lesiones provenientes de un accidente ocurrido o padecimientos que se hubieran manifestado antes del inicio de vigencia de la cobertura, que fueron diagnosticados por un médico con cédula profesional.
 - ✓ Al presentarse la muerte o las pérdidas orgánicas (en su caso) después de transcurridos 90 (noventa) días de la fecha de ocurrencia del accidente que les dio origen.

4.4. Procedimiento en caso de siniestro

En caso de un siniestro, el Asegurado o Beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la Compañía tendrá derecho de exigir al Asegurado o Beneficiario, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

El Beneficiario y/o el propio Asegurado (en su caso) tendrán que presentar a la Compañía los documentos que correspondan de acuerdo a lo indicado en la sección de “Trámite de siniestro” de las condiciones particulares de la cobertura siniestrada.

4.4.1. Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por el siniestro de un Asegurado, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo a lo ordenado por el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Documentos:

✓ Fallecimiento

Asegurado

1. Formato “Declaración de Beneficiarios”, llenado en su totalidad y firmado por los Beneficiarios designados, original.
2. Formato “Informe Médico para el Pago de Suma Asegurada en caso de Fallecimiento”, llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante del Asegurado, o bien, por el médico que haya certificado el fallecimiento, original.
3. Acta de defunción del Asegurado, original.
4. Certificado de defunción del Asegurado.
5. Acta de nacimiento del Asegurado.
6. Comprobante de domicilio del Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.
7. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).
8. Carátula de la póliza o en su caso el endoso donde aparezcan los beneficiarios designados (si existiera o si la tuviera).

Copia certificada legible de las actuaciones del Ministerio Público que tomó parte de los hechos del fallecimiento, en sus partes de:

1. Fe de hechos (qué, dónde, cuándo, por qué ocurrió el siniestro).
2. Identificación del cadáver (reconocimiento del cuerpo como el del Asegurado por parte de dos o más personas conocidas del mismo).
3. Autopsia (determinación de causa de muerte) o dispensa de Ley (excepción legal por la cual no se procede con la autopsia).
4. Prueba de alcoholemia (detección de alcohol en sangre).
5. Pruebas toxicológicas (detección de drogas de abuso en sangre).
6. Balística y pruebas de deflagración (detección de pólvora en manos en caso de haber armas de fuego involucradas en el siniestro).

Beneficiarios

1. Acta de nacimiento de cada uno de los Beneficiarios.
2. Identificación oficial vigente de cada uno de los Beneficiarios con firma y fotografía.
3. Acta de matrimonio (si el Beneficiario es el cónyuge) o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial (si el beneficiario es el concubino).
4. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.
5. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, y su tutor sea diferente a sus ascendientes, deberá presentar copia certificada (legible) de la resolución de nombramiento de tutor, así como identificación oficial vigente del tutor o representante legal.
6. En caso de ser extranjeros: Presentar original de su pasaporte y/o del documento que acredite su legal estancia en el país, cuando cuenten con ellos, en caso contrario, cualquier documento legible equivalente a los señalados anteriormente, así como datos del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.
7. Original o copia certificada legible del acta de defunción de los beneficiarios que hayan fallecido.

✓ Pérdida de miembros (si el riesgo fue contratado)

1. Formato “Declaración de invalidez o pérdida de miembros”, requisitada y firmada por el Asegurado, original.
2. Formato “Informe médico para el pago de suma asegurada en caso de invalidez o pérdida de miembros”, original.
3. Actuaciones del ministerio público que tomo parte de los hechos, en sus

partes de: fe de hechos, incluyendo resultados de los exámenes (Toxicológicos, balística, etc.).

4. Expediente clínico completo, forma ST-3 expedida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o equivalente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud (SSA) o resumen clínico emitido por la institución que determinó la invalidez en caso de no contar con atención médica de seguridad social.

5. Acta de nacimiento del Asegurado.

6. Identificación oficial vigente del Asegurado con firma y fotografía.

7. Comprobante de domicilio del Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.

8. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).

9. Carátula de la póliza o en su caso el endoso donde aparezcan que la cobertura fue contratada.

5. Cobertura adicional de exención de pago de primas por invalidez total (BEEP)

Las siguientes bases regirán mientras esta cobertura se encuentre amparada en la carátula de la póliza y siempre y cuando ambas coberturas (básica y adicional), se encuentre en vigor.

Definición de Invalidez Total y Permanente

Se entenderá por invalidez total y permanente, la afectación involuntaria de las facultades y aptitudes con que contaba el Asegurado en la fecha de contratación de esta cobertura, derivadas de un accidente o enfermedad, en forma tal que lo imposibiliten permanentemente para desempeñar una ocupación o trabajo remunerativo compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante un periodo no menor a 6 meses.

También se considera como invalidez total y permanente a la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, o de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o un pie con la vista de un ojo. En estos casos no aplicará el periodo a que refiere el párrafo anterior.

Se entenderá por:

1. Pérdida de una mano, a la anquilosis total, es decir, interfalángica, metacarpofalángica, carpometacarpiano y articulación de muñeca; y/o su

separación al nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.

2. Pérdida de un pie, a la anquilosis total, es decir, interfalángica, metatarsofalángica, tarsometatarsiana y tibiotarsiana, y/o su separación de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella, y

3. Pérdida de la vista, a la privación completa y definitiva de la visión.

Cobertura

Si durante la vigencia de la cobertura de este beneficio adicional, el Asegurado se invalida de manera total y permanentemente y si dicha invalidez se mantiene durante los siguientes 6 (seis) meses, desde el inicio de la incapacidad, la Compañía eximirá al Asegurado del pago de las primas futuras del beneficio básico hasta que cumpla 60 años de edad, cancelándose las coberturas adicionales que se tengan contratadas.

La exención de pago de primas, será respetando las características originales del plan, de modo que la suma asegurada de la cobertura básica, se mantendrá vigente de acuerdo con lo estipulado en las condiciones generales. Para hacer uso de este beneficio, el Asegurado deberá pagar previamente todo adeudo contraído en virtud de este Contrato.

Para determinar el estado de invalidez total y permanente, se requiere que no sea susceptible de ser corregido mediante los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió el evento que lo produjo o si existen dichos conocimientos, no sean accesibles para el Asegurado titular en virtud de su capacidad económica. Podrá declinarse el siniestro si los tratamientos para corregir la invalidez se encuentran al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el Asegurado deberá presentar, además de los requisitos solicitados por la Compañía, el DICTAMEN DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE dictado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez.

Vigencia

Este beneficio de exención de pago de primas comenzará a surtir efecto en la fecha en que se haya comprobado a la Compañía el estado de invalidez total y permanente del Asegurado y una vez transcurrido el periodo de espera de 6 (seis) meses a partir de la fecha de dictamen de la invalidez.

Cuando lo estime necesario, pero no más de una vez al año, la Compañía podrá exigir la comprobación de que continua el estado de invalidez total y permanente del Asegurado.

Si éste se niega a esa comprobación, cesará este beneficio, debiendo el Asegurado reanudar el pago de primas a partir de la que venza inmediatamente después de que esto ocurra.

En el momento en que el Asegurado se dedique a su trabajo original o alguna ocupación compatible con sus conocimientos o aptitudes, que le produzca una remuneración equivalente con aquel que tenía antes de declararse su estado de invalidez, se determinará que dicha invalidez ya no existe, en este caso, quedarán extinguidas todas las obligaciones de la Compañía por este beneficio.

Si el fallecimiento del Asegurado ocurre dentro de los primeros 6 (seis) meses transcurridos a partir del momento en que se haya comprobado a la Compañía el estado de invalidez total y permanente del Asegurado, en este caso, quedarán extinguidas todas las obligaciones de la Compañía por este beneficio.

Este beneficio se cancelará a partir de la fecha de vencimiento de la Póliza o a partir de la fecha de aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 55 años de edad, lo que ocurra primero, eliminándose el pago de la prima correspondiente por esta cobertura.

Prima

Este beneficio se concede mediante la obligación del pago de la prima adicional respectiva, la que deberá ser cubierta junto con la de la cobertura básica.

Edad

Los límites de admisión fijados por la Compañía para esta cobertura adicional son:

- Edad mínima de aceptación: 15 años
- Edad máxima de aceptación: 55 años

La edad de cancelación de la cobertura corresponderá al año Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 55 años de edad, sin necesidad de declaración especial ni de resolución o notificación judicial de ninguna índole por parte de la Compañía.

5.1. Exclusiones

Este beneficio no cubre la invalidez que se deba a las siguientes contingencias:

- ✓ **Lesiones o enfermedades provocadas voluntaria o intencionalmente por el propio Asegurado.**

- ✓ Lesiones o enfermedades sufridas en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones o manifestaciones violentas en las que participe el Asegurado en forma directa.
- ✓ Lesiones sufridas por participar en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
- ✓ Lesiones recibidas por el Asegurado al participar en riñas, siempre que el Asegurado sea el provocador.
- ✓ Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en una nave de compañía comercial para el transporte público, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular y entre aeropuertos o puertos establecidos.
- ✓ Accidentes que ocurran por participación directa del Asegurado durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- ✓ Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.
- ✓ Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby, rapel u otras actividades deportivas igualmente peligrosas.
- ✓ Radiaciones atómicas.
- ✓ Lesiones que sufra el Asegurado por culpa grave, cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental, pérdida del conocimiento o estupefacientes y sustancias psicotrópicas, excepto las prescritas por un médico.
- ✓ Para determinar si el Asegurado se encontraba en alguno de los estados señalados en el párrafo anterior, la Compañía deberá tomar en cuenta los resultados del dictamen pericial emitidos por las autoridades competentes y la legislación aplicable que se encuentre vigente en el momento del siniestro.
- ✓ Lesiones que sufra el Asegurado por culpa grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.
- ✓ Lesiones provenientes de un accidente ocurrido o padecimientos que se hubieran manifestado antes del inicio de vigencia de esta cobertura, que fueron diagnosticados por un médico con cédula profesional.
- ✓ Envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase excepto cuando se deriven de un accidente.

5.2. Procedimiento en caso de siniestro

El Asegurado o Beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la Compañía tendrá derecho de exigir al Asegurado o Beneficiario, toda clase de información que prueben su invalidez y que a su vez esta sea total y permanente, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

5.2.1 Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por el siniestro de un Asegurado, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo a lo ordenado por el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

✓ Invalidez

1. Original o copia certificada legible del acta de nacimiento del Asegurado.
2. Original de identificación oficial vigente con firma y fotografía del asegurado (INE, pasaporte vigente, cartilla del Servicio Militar Nacional (SMN), cédula profesional).
3. Original de comprobante de domicilio del Asegurado, no mayor de 3 meses (recibo de luz, teléfono, predial, agua, suministro de gas natural).
4. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).
5. Llenar formato "Declaración de Invalidez ó pérdida de miembros".
6. Llenar formato "Informe médico para el pago de suma asegurada en caso de invalidez o pérdida de miembros".
7. Expediente clínico completo, forma ST4 expedida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o equivalente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud (SSA) o resumen clínico emitido por la institución que determinó la invalidez, en caso de no contar con la atención médica de seguridad social.
8. Copia certificada legible de las actuaciones del Ministerio Público que tomó parte de los hechos, incluyendo resultados de los exámenes realizados; por ejemplo: toxicológico, balística, etc. (en caso de existir).

La declaración de improcedencia por parte de la Compañía del dictamen de invalidez total y permanente presentado por el Asegurado, deberá efectuarla un especialista en la materia.

En caso de que los dictámenes respecto de la invalidez total y permanente presentados tanto por el Asegurado titular como el emitido por el médico especialista de la Compañía, resulten contradictorios, las partes de común acuerdo podrán resolver la controversia mediante arbitraje de conformidad con las reglas establecidas en la cláusula “Arbitraje”.

6. Cobertura adicional de pago de suma asegurada por invalidez total (SAIT)

Las siguientes bases regirán mientras esta cobertura se encuentre amparada en la carátula de la Póliza y siempre y cuando ambas coberturas (básica y adicional), se encuentre en vigor.

Definición de Invalidez Total y Permanente

Se entenderá por invalidez total y permanente, la afectación involuntaria de las facultades y aptitudes con que contaba el Asegurado en la fecha de contratación de esta cobertura, derivadas de un accidente o enfermedad, en forma tal que lo imposibiliten permanentemente para desempeñar una ocupación o trabajo remunerativo compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante un periodo no menor a 6 meses.

También se considera como invalidez total y permanente a la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, o de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o un pie con la vista de un ojo. En estos casos no aplicará el periodo a que refiere el párrafo anterior.

Se entiende por:

1. Pérdida de una mano la anquilosis total, es decir, interfalángica, metacarpofalángica, carpometacarpiano y articulación de muñeca; y/o su separación al nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
2. Pérdida de un pie la anquilosis total, es decir, interfalángica, metatarsofalángica, tarsometatarsiana y tibiotarsiana, y/o su separación de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella, y
3. Pérdida de la vista, la privación completa y definitiva de la visión.

Cobertura

Si durante la vigencia de la cobertura de este beneficio adicional, el Asegurado se invalida de manera total y permanentemente y si dicha invalidez se mantiene durante los siguientes 6 (seis) meses, desde el inicio de la incapacidad, la Compañía se compromete a pagar al Asegurado, la suma asegurada contratada en una sola exhibición, extinguiéndose en ese momento la obligación que la Compañía haya contraído con el Asegurado para esta cobertura.

Si el Asegurado determina reducir la suma asegurada de la cobertura básica que ampara la Póliza de la que forma parte este beneficio, automáticamente, en su caso, se reducirá en la misma proporción el importe de la indemnización y de la prima que corresponda a este beneficio.

Para determinar el estado de invalidez total y permanente, se requiere que no sea susceptible de ser corregido mediante los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió el evento que lo produjo o si existen dichos conocimientos, no sean accesibles para el Asegurado titular en virtud de su capacidad económica. Podrá declinarse el siniestro si los tratamientos para corregir la invalidez se encuentran al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el Asegurado deberá presentar, además de los requisitos solicitados por la Compañía, el **DICTAMEN DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE** dictado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez.

Vigencia

Si el fallecimiento del Asegurado ocurre dentro de los primeros 6 (seis) meses transcurridos a partir del momento en que se haya comprobado a la Compañía el estado de invalidez total y permanente del Asegurado, quedarán extinguidas todas las obligaciones de la Compañía por este beneficio.

Este beneficio se cancelará a partir de la fecha de vencimiento de la Póliza o a partir de la fecha de aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 55 años de edad, lo que ocurra primero, eliminándose el pago de la prima correspondiente por esta cobertura.

Prima

Este beneficio se concede mediante la obligación del pago de la prima adicional respectiva, la que deberá ser cubierta junto con la de la Póliza de la cobertura básica a la que se adiciona.

Edad

Los límites de admisión fijados por la Compañía para esta cobertura adicional son:

- Edad mínima de aceptación: 15 años
- Edad máxima de aceptación: 55 años

La edad de cancelación de la cobertura corresponderá al año Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 55 años de edad, sin necesidad de declaración especial ni de resolución o notificación judicial de ninguna índole por parte de la Compañía.

6.1. Exclusiones

Este beneficio no cubre la invalidez que se deba a las siguientes contingencias:

- ✓ **Lesiones o enfermedades provocadas voluntaria o intencionalmente por el propio Asegurado.**
- ✓ **Lesiones o enfermedades sufridas en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones o manifestaciones violentas en las que participe el Asegurado en forma directa.**
- ✓ **Lesiones sufridas por participar en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- ✓ **Lesiones recibidas por el Asegurado al participar en riñas, siempre que el Asegurado sea el provocador.**
- ✓ **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en una nave de compañía comercial para el transporte público, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular y entre aeropuertos o puertos establecidos.**
- ✓ **Accidentes que ocurran por participación directa del Asegurado durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- ✓ **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- ✓ **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí,**

tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby, rapel u otras actividades deportivas igualmente peligrosas.

- ✓ Radiaciones atómicas.
- ✓ Lesiones que sufra el Asegurado por culpa grave, cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental, pérdida del conocimiento o estupefacientes y sustancias psicotrópicas, excepto las prescritas por un médico.
- ✓ Para determinar si el Asegurado se encontraba en alguno de los estados señalados en el párrafo anterior, la Compañía deberá tomar en cuenta los resultados del dictamen pericial emitidos por las autoridades competentes y la legislación aplicable que se encuentre vigente en el momento del siniestro.
- ✓ Lesiones que sufra el Asegurado por culpa grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.
- ✓ Lesiones provenientes de un accidente ocurrido o padecimientos que se hubieran manifestado antes del inicio de vigencia de esta cobertura, que fueron diagnosticados por un médico con cédula profesional.
- ✓ Envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase excepto cuando se deriven de un accidente.

6.2. Procedimiento en caso de siniestro

El Asegurado o Beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la Compañía tendrá derecho de exigir al Asegurado o Beneficiario, toda clase de información que prueben su invalidez y que a su vez esta sea total y permanente, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

6.2.1. Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por el siniestro de un Asegurado, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo a lo ordenado por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

✓ Invalidez

1. Original o copia certificada legible del acta de nacimiento del Asegurado.
2. Original de identificación oficial vigente con firma y fotografía del asegurado (INE, pasaporte vigente, cartilla del Servicio Militar Nacional (SMN), cédula profesional).

3. Original de comprobante de domicilio del Asegurado, no mayor de 3 meses (recibo de luz, teléfono, predial, agua, suministro de gas natural).
4. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).
5. Llenar formato “Declaración de Invalidez ó pérdida de miembros”.
6. Llenar formato “Informe médico para el pago de suma asegurada en caso de invalidez o pérdida de miembros”.
7. Expediente clínico completo, forma ST4 expedida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o equivalente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud (SSA) o resumen clínico emitido por la institución que determinó la invalidez, en caso de no contar con la atención médica de seguridad social.
8. Copia certificada legible de las actuaciones del Ministerio Público que tomó parte de los hechos, incluyendo resultados de los exámenes realizados; por ejemplo: toxicológico, balística, etc. (en caso de existir).

La declaración de improcedencia por parte de la Compañía del dictamen de invalidez total y permanente presentado por el Asegurado, deberá efectuarla un especialista en la materia.

En caso de que los dictámenes respecto de la invalidez total y permanente presentados tanto por el Asegurado titular como el emitido por el médico especialista de la Compañía, resulten contradictorios, las partes de común acuerdo podrán resolver la controversia mediante arbitraje de conformidad con las reglas establecidas en la cláusula “Arbitraje”.

Glosario

Asegurado: Es la persona física o moral que en sí misma, en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo cubierto por la presente Póliza.

Beneficiario: Persona física y/o moral designada en la Póliza por el Asegurado o Contratante, como titular de los derechos indemnizatorios.

Carátula de la Póliza: Documento que contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de las partes.

Compañía: Insignia Life, S.A. de C.V.

Condiciones generales. Es el conjunto de principios básicos que establece la Compañía de forma unilateral y que regula las disposiciones legales y operativas del Contrato de Seguro.

Condiciones particulares. Son todas aquellas disposiciones que se refieren concretamente al o los riesgos que se aseguran en la Póliza.

Condiciones adicionales. Cuando exista, son todas aquellas disposiciones que determinan el alcance del Clausulado Particular.

Contratante. Persona física y/o moral que suscribe el Contrato y que generalmente coincide con la persona del Asegurado.

Contrato de Seguro. Acuerdo de voluntades por virtud del cual la Compañía se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el Contrato. La póliza, la solicitud, las condiciones generales, las particulares y las adicionales forman parte y constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

Detalle de coberturas. Relación de riesgos amparados en la que se expresa los límites máximos de responsabilidad de la Compañía y del Contratante y/o Asegurado.

Póliza. Documento emitido por la Compañía en el que constan los derechos y obligaciones de las partes.

Unidad de Medida y Actualización (UMA). Es la referencia económica en pesos que se utiliza como unidad de cuenta, índice, base o medida para determinar el monto del pago de las obligaciones que la Compañía adquiere con el Asegurado en donde así se determine. El valor de la UMA se calcula anualmente por parte del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y para efectos de este Contrato será el que corresponde al año de la contratación del seguro, el cual puede ser consultado en www.inegi.org.mx.

Para cualquier aclaración, queja o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Insignia Life S.A. de C.V., Mario Pani 400, Piso 15, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica 800 00 55555, atencionclientes@insignialife.com, o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur Número 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica 55 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx, www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 30 de agosto de 2017, con el número CNSF-S0111-0348-2017/CONDUSEF-002723-02.